

Digitized by the Internet Archive
in 2016

https://archive.org/details/b22363890

SCIENCES MÉDICALES.

Déterminer si les différences qu'offrent certaines maladies, et qui en constituent des variétés, sont représentées par des altérations anatomiques qui leur correspondent.

N° 16.

15.

SCIENCES CHIRURGICALES.

De la délivrance naturelle.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

Déterminer si toutes les membranes dites muqueuses sécrètent un mucus composé de globules analogues.

SCIENCES ACCESSOIRES.

Exposer les circonstances et la théorie d'un courant électrique produit par les actions chimiques.

THÈSE

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER, LE 15 FÉVRIER 1840;

PAR

MOLINIER

(CLAUDE-MARIE-HENRI),

de Verfeil (Tarn-et-Garonne);

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE.



MONTPELLIER,

IMPRIMERIE DE VEUVE RICARD, NÉE GRAND, PLACE D'ENCIVADE, 3

1840.

FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER.

PROFESSEURS.

MM. CAIZERGUES, Doyen.	*Clinique médicale.*
BROUSSONNET.	*Clinique médicale.*
LORDAT.	*Physiologie.*
DELILE, Prés.	*Botanique.*
LALLEMAND.	*Clinique chirurgicale.*
DUPORTAL.	*Chimie médicale et Pharmacie.*
DUBRUEIL.	*Anatomie.*
DELMAS, Suppl.	*Accouchements.*
GOLFIN.	*Thérapeutique et Matière médicale.*
RIBES.	*Hygiène.*
RECH.	*Pathologie médicale.*
SERRE.	*Clinique chirurgicale.*
BÉRARD.	*Chimie générale et Toxicologie.*
RENÉ.	*Médecine légale.*
RISUENO D'AMADOR, Exam.	*Pathologie et Thérapeutique générales.*
ESTOR.	*Opérations et Appareils.*
....	*Pathologie externe.*

Professeur honoraire : M. Aug.-Pyr. DE CANDOLLE.

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

MM. Viguier.
Bertin, Suppl.
Batigne.
Bertrand.
Delmas fils.
Vailhé.
Broussonnet fils.
Touchy.

MM. Jaumes.
Poujol.
Trinquier, Examinateur.
Lescellière-Lafosse.
Franc, Exam.
Jalaguier.
Bories.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE.

Regrets !

à

MA BONNE MÈRE.

A mon entrée dans une carrière où tout mon désir sera de contribuer à votre bonheur, je sens le besoin de vous exprimer ma reconnaissance pour la tendre sollicitude que vous m'avez toujours prodiguée.

A LA MÉMOIRE DE MA TANTE,

MARIE-ANNE-HENRIETTE MOLINIER,

MA BIENFAITRICE !!!....

A MES SŒURS ET A MON BEAU-FRÈRE.

Profond dévouement.

A MON ONCLE,

Jean-Philippe-Nicolas MOLINIER.

Je suis heureux de joindre votre nom à celui des personnes qui me sont les plus chères.

A TOUS MES PARENTS.

H. MOLINIER.

SCIENCES MÉDICALES.

Déterminer si les différences qu'offrent certaines maladies, et qui en constituent des variétés, sont représentées par des altérations anatomiques qui leur correspondent.

Le problème de pathologie générale qui nous est posé nous apparaît sous une forme bien vague ; il nous a fait réfléchir bien long-temps, et nous sommes encore bien indécis, non-seulement sur sa solution, mais, de plus, sur les moyens que nous devons employer pour arriver à ce but. Cependant nous allons émettre les idées que notre question nous a suggérées, et nous devons attribuer au peu d'étendue de nos connaissances le doute qui nous fait craindre de manquer entièrement notre tâche ; nous espérons que nos juges voudront bien voir en nous la bonne volonté et le désir de bien faire, et que les circonstances les porteront à excuser notre incompétence et les erreurs que nous pourrions commettre.

Voyons d'abord ce que nous devons entendre par *variété* en général. Ce mot nous paraît créé pour désigner une manière d'être particulière qui différencie certaines choses, et qui, ne modifiant nullement le fond, apporte de fort légères dissimilitudes dans la forme. C'est surtout en histoire naturelle que l'on se sert de cette dénomination ; il embrasse, dans cette science, des groupes d'individus semblables qui ne se distinguent d'individus analogues et du même genre que par des caractères formels de peu de signification : ainsi, en botanique, une couleur différente de la fleur, l'état glabre ou lanugineux des feuilles, la durée annuelle, bis-annuelle ou vivace, sont des cas qui établissent tout autant de variétés du type. Ce sont des choses qui se sentent mieux qu'elles ne s'expriment; et, par exemple, en zoologie, personne, le vulgaire lui-même sans données scientifiques, ne confondra avec d'autres animaux le chien domestique, quelque nombreuses que soient les variétés de taille, de pelage, de proportion de ses diverses parties.

Mais, en médecine, nous avons beau chercher à trouver dans les maladies de quoi établir des variétés tranchées et distinctes comme en histoire naturelle, nous ne pouvons réellement les y rencontrer. Les phénomènes de l'homme malade ne nous paraissent pas susceptibles d'une classification aussi rigoureuse ; ce sont en lui des changements que l'on

ne peut réellement décrire. Toutes les maladies que les observateurs ont dénommées se ressemblent-elles donc exactement toutes les fois qu'elles se présentent? Pourra-t-on, leurs livres à la main, les étudier et ne trouver aucun changement aux tableaux qu'ils en ont tracés? Ce n'est pas certainement là ce que nous avons l'intention de dire, et nous sommes loin d'avoir une telle idée des états morbides. Nous reconnaissons, au contraire, qu'il y a autant d'individualités en pathologie que d'individus malades : ces différences, qui se trouvent à chaque instant dans une maladie qui a le même fond, constituent bien clairement des variétés ; mais ces variétés, on ne peut guère les classer; elles se rapprochent bien par certains caractères communs, et on leur donne un nom générique, mais les caractères différentiels sont d'une diversité que l'on ne peut rendre nettement. Ce ne peut donc être de ces sortes de variétés qu'il s'agit dans notre question, et il nous faut les chercher ailleurs.

Une circonstance nous arrête maintenant : c'est le choix d'une classification; car il nous faut évidemment partir d'une classification établie pour connaître les variétés que cette classification a signalées, et rechercher dans les variétés les différences anatomo-pathologiques. Or, tous les théoriciens ont échoué dans ce point, et quand ils ont groupé les maladies, non-seulement ils n'ont pu établir des

lignes de démarcation tranchées entre des états morbides très-voisins, mais encore entre des groupes dont l'affinité paraissait moindre. D'ailleurs quelle est la nomenclature dont le point de départ est unique et qui embrasse un cadre complet de nosologie? Certainement il n'en existe point. Les maladies ne peuvent pas être classées comme les plantes, comme les minéraux; il y a trop de points de contact, trop de versatilité dans les phénomènes anormaux de l'être vivant.

Cependant, comme il nous faut, malgré toutes les difficultés dont se hérisse notre sujet, montrer que nous avons réellement cherché à le parcourir, nous allons examiner les maladies qui présentent entre elles des affinités, sans être identiques, quoique même elles soient quelquefois entièrement différentes.

Cherchons d'abord à saisir les points de contact ou de dissimilitude qui existent dans certains états morbides, classés au point de vue de l'affection. Il est évident pour nous que nous ne devons rapprocher que celles qui ont le même siége, dont la scène pathologique se passe dans le même lieu; car la différence de lieu et surtout de tissu constituerait plus qu'une variété, ce qui nous paraît pouvoir être établi *à priori*. Nous n'avons ni le temps ni la prétention de parcourir toute la nosologie;

ce que nous allons étudier nous servira seulement comme exemple.

L'ophthalmie est une inflammation de l'œil ; l'ophthalmie externe est une inflammation de la conjonctive qui peut s'étendre à la surface des membranes sclérotique et cornée ; toutes les ophthalmies sont des inflammations de l'œil. En partant de l'affection comme base de nomenclature, nous allons examiner si les différences anatomiques entraînent des différences affectionnelles ; si ces différences affectionnelles constituent ou non des variétés ou quelque chose de plus.

L'ophthalmie traumatique peut offrir *à peu près* les mêmes caractères anatomiques que l'inflammation de la conjonctive qui succédera à la suppression des menstrues, des hémorroïdes, à la dessication intempestive d'un exutoire, etc. Nous disons *à peu près*, car nous ne serions plus d'accord avec nous-même, si nous exprimions qu'il existe une ressemblance absolue ; l'absolu ne se trouve pas plus dans la forme morbide que dans la forme physionomique normale.

Supposons toutefois qu'un médecin en soit réduit à diagnostiquer et à différencier, sans connaître les antécédents, il ne trouvera pas, dans les deux cas, de quoi établir une variété ; son traitement sera, par conséquent, le même dans les deux cas. Allons plus loin : par un traitement identique, les deux

ophthalmies disparaîtront ; voilà donc encore de quoi établir une identité de plus en plus complète ; mais il arrivera que l'ophthalmie traumatique, effet dont la cause n'existait plus, n'aura aussi plus de tendance à se reproduire ; d'autre part, l'autre ophthalmie reparaîtra, ou il se développera quelque autre maladie. Il fallait ici s'adresser à la cause pour empêcher toute continuation ou manifestation nouvelle de l'effet. Maintenant, nous nous le demandons, pouvons-nous faire de ces deux ophthalmies, si semblables en apparence, anatomiquement identiques, deux variétés ? Non, il n'y a point de variété si nous ne considérons que l'œil ; il y a plus si nous étudions l'ensemble. Nous le répétons encore, la variété n'attaque jamais le fond, elle modifie légèrement la forme. Et si nous nous adressons à la forme symptomatique, pour un peu plus ou un peu moins de douleur, pour une douleur gravative, prurigineuse, pulsative, ferons-nous des variétés distinctes ? Il faudrait alors en faire autant que nous rencontrerions de malades.

Nous continuons le même sujet qui nous paraît offrir un vaste champ à exploiter dans la question qui nous occupe. L'ophthalmie scrophuleuse a des caractères anatomiques qui la distinguent de l'ophtalmie par irritation simple. Nous avons donc à rechercher si ce n'est pas ici que nous trouverons à établir nos variétés. Comment pourrions-nous sup-

poser qu'il n'y a que variété entre un état morbide résultant d'une surexcitation locale, et un autre dépendant d'un état général de l'organisme aussi grave et aussi caractéristique que l'affection scrophuleuse? Quelques sangsues vont guérir l'ophthalmie irritative ; elle disparaîtra souvent d'elle-même. Quant à l'ophthalmie scrophuleuse, elle est bien loin de ne nous demander qu'un traitement local et insignifiant : nous avons ici à réformer toute une constitution viciée ; nous sommes assez heureux quelquefois pour guérir, mais c'est avec des toniques, des amers, une hygiène bien entendue, une alimentation fortement réparatrice. Nous avons donc affaire à des différences fondamentales, essentielles, et non point à des variétés, à de légères modifications de la forme.

Les auteurs qui ont suivi la route tracée par Hippocrate, et qui ont surtout fait attention à l'état de l'ensemble, ont admis quatre tempéraments principaux : le sanguin, le bilieux, le nerveux et le lymphatique. Ils ont, du même point de vue, étudié l'état de l'organisme entier dans les maladies, et ont regardé les affections locales comme se trouvant le plus souvent sous la dépendance d'une modification générale, ordinairement fébrile dans l'acuité. Ainsi ils ont vu des maladies locales déterminées ou entretenues par les fièvres inflammatoire, bilieuse, nerveuse et muqueuse. Ils ont divisé, par exemple, la pneumonie en franche ou inflammatoire, en bilieuse,

en muqueuse; mais quoiqu'il y ait toujours inflammation locale du poumon, ce ne sont pas là seulement des variétés pour les médecins vitalistes; car la fièvre, ou l'état général, est presque tout pour eux; la pneumonie n'est qu'une forme, et sous l'influence de la même manière d'être générale, il aurait pu, sans beaucoup de changement, se produire une gastrite, une colite, etc.

Nous n'avons pas à rechercher ici si les altérations anatomiques ressortissent à chacune de ces maladies et les différencient; car nous venons de prouver que le mot de variété ne leur est pas applicable.

Nous ne trouverons guère de variétés chez les médecins qui ont classé les maladies d'après l'affection; car ils ont négligé la forme, pour s'attacher à ce qu'il y avait de fondamental, à ce qui pouvait leur fournir des indications.

Il nous faut donc tourner nos vues d'un autre côté, et chercher un autre point de départ dans la classification. Nous prendrons, pour continuer notre travail, l'école organique, et nous signalons d'abord un écueil que nous reconnaissons : cette école est partie de l'état anatomique pour établir les différences des maladies : donc les variétés qu'elle constitue présenteront des caractères anatomo-pathologiques distincts. Cependant il ne nous sera pas inutile de jeter un coup d'œil sur leur classification; car nous pourrons arriver à certains résultats, tout en retournant notre question, et

nous posant celle-ci : des altérations anatomiques correspondent-elles à des différences dans l'état affectionnel et symptomatique des maladies?

L'école anatomo-pathologique a groupé, sous le même nom générique, des maladies qui offrent des différences dans leurs symptômes, et des différences dans l'altération organique ; quelques-unes de ces maladies peuvent être regardées comme des variétés, malgré le moins d'exactitude du mot que dans les sciences naturelles. Ainsi Bertin, et après lui Bouillaud, ont distingué trois variétés de l'hypertrophie du cœur : l'hypertrophie excentrique, concentrique et simple. C'est peut-être l'exemple où nous trouvons les conditions les plus évidentes pour leur donner le nom de variétés. En effet, la différence anatomique est peu considérable, et les différences symptomatiques ne sont pas très-éloignées.

Mais aussi le même nom générique a servi pour désigner des états pathologiques bien différents par leur nature. Nous allons en trouver qui présentent des dissimilitudes dans leurs symptômes, des dissimilitudes dans l'altération anatomique, et qui, sous ce rapport et sous celui d'une dénomination commune, paraîtraient devoir rentrer dans le cadre de notre question, et la résoudre d'une manière affirmative. Cependant il n'en sera point ainsi; car, malgré toutes ces circonstances, ils constitueront, ainsi qu'on va le voir, bien autre chose que des variétés. Prenons

pour exemple le groupe nombreux et varié des arthrites, admis par les disciples de Broussais; nous retrouverons dans leurs écrits des arthrites aiguës et chroniques, simples, rhumatismales, goutteuses.

Ne sont-ce là que des variétés ou des maladies dont le fond est essentiellement différent? L'arthrite aigüe présente de la violence dans les symptômes, de la rapidité dans sa marche; elle s'accompagne de beaucoup de douleur, de tuméfaction, de chaleur, de rougeur de l'articulation affectée; ses caractères anatomiques sont l'injection, le ramollissement, la suppuration des surfaces. Mais, dans l'arthrite chronique, nous ne voyons pas seulement la même maladie ayant diminué d'intensité dans les symptômes; nous y rencontrons les tumeurs blanches rhumatismale et scrophuleuse, c'est-à-dire des maladies locales sous la dépendance d'un état général, et d'un état général bien différent dans les deux cas. Dans l'arthrite aigüe simple, il y a dans une articulation un travail phlegmasique qui retentit sur l'organisme et détermine la réaction fébrile, s'il est assez intense; dans le rhumatisme (arthrite rhumatismale), il y a une manière d'être générale qui porte surtout ses effets sur les tissus fibro-séreux, qui disparaît d'une jointure d'un jour à l'autre; ce qui n'arrive pas dans l'arthrite traumatique : dans le rhumatisme, une fièvre à caractère souvent indécis précède d'ordinaire de plusieurs jours la douleur et les autres

symptômes locaux. Les médecins organiciens ont été obligés d'admettre pour le rhumatisme une prédisposition générale; ainsi M. Roche pense qu'il est déterminé par un excès d'hématose. La goutte (arthrite goutteuse) revient par accès, est très-fréquemment héréditaire; on ne lui connaît que des traitements palliatifs; sa disparition devient même quelquefois le signal d'une maladie plus grave. Elle a des liens de parenté fort étroits avec la gravelle; elle déforme les articulations, et donne lieu aux concrétions calculeuses nommées tophus articulaires. Voilà donc assez de différences, soit anatomiques, soit symptomatiques; mais ces différences présentent entre elles des distances trop grandes, pour que toutes ces arthrites ne constituent que des variétés: il nous semble, au contraire, qu'elles embrassent toutes les maladies organiques des jointures.

Nous pouvons appliquer les mêmes reproches aux divisions établies par Bayle dans la phthisie pulmonaire. Le cancer n'est certainement pas la même chose que le tubercule; le tubercule diffère bien de la mélanose; la mélanose offre beaucoup de dissimilitude avec un calcul, une concrétion calcaire; mais ces différences sont plus que des variétés; il n'y a d'identique que le siége, et Bayle avait fait des phthisies tuberculeuses, cancéreuses, mélaniques, calculeuses.

Certains nosographes ont institué des variétés dans

toute la force du terme, des variétés comme les naturalistes; mais leurs variétés sont souvent purement anatomiques, et ne changent rien aux symptômes, à moins que par là on ne veuille entendre la couleur et la forme qui sont leurs points de départ, et qui constituent plutôt des caractères anatomiques. On sait qu'Alibert avait groupé les maladies de la peau sous la forme allégorique d'un arbre aux branches étendues, et les avait subdivisées comme le tronc, les rameaux, les ramuscules, les feuilles et les folioles. Les teignes, les dartres, ce sont pour lui des variétés à la moindre nuance de couleur, de grandeur, de direction; ce qui n'a pas enrichi beaucoup la thérapeutique. M. Devergie, classant aussi les maladies syphilitiques un peu dans ce genre, a admis des syphilides en grappe, etc. Mais ici, répétons, la différence se tire du caractère; et, bien que sur le vivant, ce caractère n'est pas un symptôme.

Après les dermatologues viennent les auteurs d'ophtalmologie, dont toutefois certaines divisions, qui établissent encore des variétés réelles, donnent lieu à quelques différences symptomatiques, et même à des indications de traitement, ce qui est plus important pour le médecin. Ainsi, les cataractes noire, laiteuse, dure, molle, siliqueuse; les amauroses congestives, sthéniques, asthéniques, constituent des variétés que les Allemands surtout ont étudiées sous le triple rapport de la forme matérielle, de la révélation

symptomatique (différence dans la marche surtout) et du traitement le plus approprié.

Ce que nous avons dit jusqu'ici va nous servir à résumer nos idées sur la réponse qui nous paraît devoir être faite à la question que le sort nous a désignée.

Le mot variété n'est guère applicable, dans son acception ordinaire, à des groupes de symptômes, à des maladies ; car, ou les nuances sont bien tranchées, ou les différences sont fugitives, légères et insusceptibles de classification rigoureuse. Ainsi, les médecins vitalistes ne se sont guère occupés de variétés ; ils ont établi des divisions plus larges. En anatomie pathologique, la variété peut reparaître avec ses véritables droits ; mais ici ce sont surtout les écrivains sur les maladies de la peau qui nous donnent des exemples de ces subdivisions qu'ils poussent souvent bien loin : d'autres fois on croit, par la nomenclature, à des variétés, et l'on tombe sur des maladies essentiellement différentes.

La question qui nous a été posée se rapproche beaucoup de celle-ci : Y a-t-il un rapport constant entre tel ou tel symptôme, et telle ou telle altération anatomique ? Si celle-ci se résout par la négative, la réponse rejaillit sur la première. Or, il y a une foule de symptômes sans lésion organique appréciable, symptômes qui cependant font croire à des altérations de tissu ; d'autre part, beaucoup d'altérations de tissu,

constatées par l'autopsie, et reconnues identiques, se sont accompagnées de phénomènes morbides différents pendant la vie.

SCIENCES CHIRURGICALES.

De la délivrance naturelle.

L'acte de la parturition se compose de deux périodes bien distinctes : l'expulsion du fœtus et celle de ses annexes ; c'est à cette dernière que l'on a donné le nom de *délivrance*. On l'a ainsi appelée, parce que la placenta et les membranes ont reçu la dénomination de *délivre*, dénomination qui nous paraît tenir elle-même à ce que leur sortie annonce la terminaison du travail expulteur de l'utérus.

Comme l'accouchement proprement dit, ou l'expulsion du fœtus, l'expulsion de l'œuf peut être naturelle ou artificielle, spontanée ou provoquée, facile ou difficile. Dans l'un comme dans l'autre de ces cas, la nature peut se suffire à elle-même, n'a voir besoin que d'être surveillée et suivie pas à pas ; l'accoucheur n'est que son ministre : *medicus naturæ minister* ; ou bien certaines circonstances générales ou locales, dépendant de la mère ou de l'œuf, enrayent la tendance de l'organisme à se débarrasser des se-

condines ; l'homme de l'art doit intervenir d'une manière puissante, et faire ce que la nature ne peut obtenir. Cependant, même dans la circonstance de délivrance naturelle, l'accoucheur prend une certaine part au travail, et facilite, comme nous le verrons, son accomplissement : en sorte qu'il est assez difficile d'établir une définition qui sépare exactement la délivrance naturelle de la délivrance artificielle ; car, aussi dans cette dernière, la mère est le plus souvent pour quelque chose dans l'acte, et s'y comporte d'une manière plus ou moins active.

Nous dirons, en conséquence, sans avoir la prétention d'arriver à une définition rigoureusement exacte, que nous avons cru devoir comprendre, sous le nom de délivrance naturelle, l'*expulsion du délivre opérée sans provocation artificielle, et dans laquelle le médecin se borne à favoriser et à seconder les efforts puissants de la nature.*

L'époque de l'expulsion naturelle de l'arrière-faix ne se fait d'ordinaire pas long-temps attendre après que la sortie du fœtus est accomplie ; toutefois, cette époque est variable, et peut être instantanée ou retardée des heures et même des jours ; disons cependant que, dans ce dernier cas, l'état particulier dans lequel se trouve la matrice, l'état général des forces de la mère, indiquent le plus souvent l'extraction ou délivrance artificielle.

Les principales circonstances qui déterminent des

changements dans l'époque de la sortie du délivre, sont : l'état des forces de la mère, la durée et l'énergie du travail de l'accouchement, l'intensité des contractions utérines, et, enfin, la disposition particulière du col. Nous ne parlerons pas ici des placentas chatonnés, adhérents, de l'inertie, de l'hémorrhagie, etc., conditions dans lesquelles la délivrance est ordinairement purement artificielle.

Si la mère a été considérablement affaiblie par l'acte de l'accouchement, il peut arriver que la continuation de cette faiblesse retarde les efforts d'expulsion du placenta et des membranes; le contraire arrive, si la femme conserve encore une énergie générale considérable. Toutefois il est une circonstance qui modifie celle dont nous venons de parler : ainsi la mère a beau être forte, si l'accouchement s'est opéré avec beaucoup de promptitude, la sortie du délivre est ordinairement retardée; d'autre part, bien qu'elle présente un certain degré de faiblesse, la délivrance peut être prompte, si l'accouchement a duré fort long-temps, et a exigé de la part de l'utérus des contractions nombreuses et soutenues. La raison de ces différences est facile à saisir. Nous verrons, en effet, plus bas, que le travail expulteur des annexes fœtales commence normalement avant la sortie du fœtus lui-même, et que la même cause qui chasse l'enfant de l'enceinte utérine décolle le placenta de ses connexions avec l'utérus. Or, si les contractions

utérines, qui sont cette cause, se sont prolongées, multipliées; si elles ont présenté beaucoup d'intensité, il devient évident que la plus grande partie du travail de la délivrance sera terminée avant l'expulsion de l'enfant ; que si, au contraire, l'issue du fœtus a nécessité fort peu d'intensité dans l'action de l'utérus, il y aura eu, de la part de cet organe, encore fort peu d'influence sur l'expulsion placentaire, alors que l'expulsion fœtale se trouvera accomplie.

Après que l'enfant est sorti de la cavité de la matrice, si le placenta ne se présente pas immédiatement, il arrive assez fréquemment que le col revient sur lui-même, et s'oppose à la sortie du délivre qui est comme emprisonné dans la cavité du corps de l'utérus. Il s'y trouve dès lors comme l'enfant s'y trouvait à une certaine époque du travail; le même mécanisme doit l'en chasser. Aussi de nouvelles douleurs tendent-elles à opérer la dilatation du col utérin. Donc la difficulté plus ou moins grande qu'une foule de circonstances que nous ne devons point mentionner peuvent opposer à cette dilatation, sera une cause de plus ou moins de prolongation de l'acte expulteur.

A quelque époque que s'opère la délivrance naturelle; quel que soit l'intervalle de temps qui la sépare de l'accouchement proprement dit, elle se compose de deux temps bien distincts, dont nous allons étudier le mécanisme physiologique : le pre-

mier consiste dans le décollement du placenta ; le second comprend son trajet dans le conduit utéro-vulvaire.

1° *Décollement du placenta.* — Greffé sur des points variés des parois utérines, le placenta est un corps spongieux, non contractile, dont les adhérences avec la matrice sont fort délicates. Cette absence de contractilité de sa part est essentielle à noter, si nous voulons nous rendre compte de la manière dont il se détache.

Les contractions de l'utérus agissent sur la forme, sur le mode d'être physique de cet organe, comme sur toute partie musculaire; elles diminuent l'étendue en surface, et augmentent les dimensions en épaisseur. Or, la surface sur laquelle le placenta s'insère se trouvant diminuée dans ses différents diamètres, par le rapprochement des fibres utérines, il en résulte que le placenta, ne pouvant se contracter, doit se froncer dans ces points, et, par des secousses répétées, se détacher de son insertion utérine.

Le mécanisme du décollement ne nécessite aucune autre explication, et la nature peut se passer facilement du muscle orbiculaire que Ruysch avait imaginé. D'ailleurs, comme le fait remarquer Gardien, comment l'utérus possèderait-il un muscle orbiculaire destiné à l'expulsion du délivre ? La position du placenta est si variée, que ce muscle devrait changer de situation, non-seulement selon les sujets, mais encore

selon les divers accouchements de la même femme; car, chez une même femme, le placenta peut se greffer en des endroits différents, à chaque gestation.

Ce décollement placentaire peut commencer par des points variés de l'organe. Tantôt c'est le centre qui se détache le premier; tantôt, au contraire, ce sont des parties variées de la circonférence, le bord inférieur ou le bord supérieur, par exemple. Ces différences dans le mécanisme s'accompagnent de modifications phénoménales dans l'étude desquelles nous allons entrer.

On sait que le décollement placentaire ne peut s'effectuer sans un écoulement de sang plus ou moins considérable; c'est même là la cause de ces hémorrhagies qui se manifestent vers le sixième mois de la grossesse, lorsque, greffé sur le col utérin, le placenta s'en détache par l'effacement et la dilatation physiologiques de ce col.

Cet écoulement sanguin, dans la parturition normale, nous offre des particularités selon le mode de décollement du placenta. Ainsi, lorsque le gâteau placentaire se détache par son centre, le liquide sanguin se ramasse à sa face utérine, comme dans une sorte de poche, et ne se fait jour en dehors que par le décollement consécutif de la circonférence; le placenta tombe sur le col utérin, de manière à ce que sa face fœtale regarde du côté du vagin, et constitue une demi-sphère dont la partie

supérieure concave renferme du sang liquide ou des caillots ; quelquefois même le liquide sanguin ou le coagulum augmentent tellement son volume, que son expulsion devient difficile, qu'il peut y avoir indication à le perforer; ce qui ne doit pas nous occuper ici, et se rapproche un peu de la délivrance artificielle.

Un autre mode de décollement du placenta consiste en ce que la circonférence se détache avant le centre; ce mode est même le plus fréquent, et présente deux variétés : dans l'une, qui est la moins commune, le délivre perd d'abord ses connexions au niveau de son bord supérieur ; dans l'autre, qui est la plus ordinaire, le détachement commence par le bord inférieur.

Si le décollement placentaire débute par la partie supérieure, il peut arriver que son centre s'écarte de la paroi utérine sur laquelle il est greffé, avant que les parties latérales de la circonférence aient perdu leur adhésion : alors le sang résultant de cette séparation s'accumule comme dans une sorte de panier de pigeon, et achève d'effectuer par son poids la disjonction complète ; alors, comme dans les cas où le décollement débute par le centre, le placenta tombe sur le col, de manière à ce que sa face vasculaire, celle qui regarde le fœtus, est tournée du côté du vagin ; mais pendant ce premier temps, il y a néanmoins une différence entre les deux cas :

dans l'un, il ne se fait guère d'écoulement de sang avant le détachement complet ; dans l'autre, l'écoulement sanguin se manifeste pendant le travail de destruction des adhérences, mais avec moins d'intensité que plus tard.

Lorsque le placenta commence à se détacher par son bord inférieur, le sang coule dès le commencement de la disjonction ; il cesse de se répandre d'ordinaire aussitôt que cet acte est accompli ; le délivre s'enroule alors sur lui-même, de manière à représenter une sorte de cornet dont la face extérieure se trouve être celle qui était en connexion avec la matrice.

Si l'on examine les circonstances qui coïncident avec ces différentes évolutions, on remarque en général que le gâteau placentaire commence à se décoller par le centre lorsqu'il se trouvait inséré à la partie supérieure ou fond de l'utérus ; qu'au contraire, quand il était greffé sur l'une des parois de la matrice, son détachement débute d'ordinaire par l'un des bords.

2° *Trajet dans le conduit utéro-vulvaire.* — M. Paul Dubois divise le second temps de l'expulsion des secondines en deux périodes. La première comprend l'intervalle qui sépare la chute du placenta sur le col utérin d'avec son arrivée dans la cavité vaginale ; la deuxième consiste dans son trajet vagino-vulvaire, jusqu'à son issue définitive. Gardien, Vel-

peau, etc., réunissent ces deux périodes en une seule : en effet, la première ne constitue un temps réellement bien distinct que dans les circonstances où le col est fortement revenu sur lui-même, et nécessite une dilatation nouvelle d'une certaine durée : cette portion du trajet utéro-vaginal de l'arrière-faix est nulle quelquefois, inséparable de celle qui la suit, et nous les réunissons ici comme les auteurs que nous venons de citer.

Après le décollement du placenta, le globe utérin commence à se former ; il prend une forme particulière, déterminée par la configuration des annexes détachées du fœtus. Si le placenta s'est enroulé sur lui-même en forme de kyste, de vessie, comme il arrive dans le décollement qui débute par le centre, la matrice s'arrondit d'une manière sphérique ; si, d'autre part, les secondines repliées en volute, comme une *oublie*, se sont primitivement détachées par l'un des bords, l'utérus affecte une configuration ovoïde, allongée. Mais, bientôt après quelques douleurs en général légères et peu multipliées, le délivre franchit le col ; alors, dès que le placenta est parvenu dans le vagin, à moins des circonstances d'inertie locale, de faiblesse générale de la femme, la matrice revient fortement sur elle-même, s'abaisse vers la cavité du petit bassin, et se durcit fortement ; le col revient de la même façon, et les diamètres de son ouverture diminuent : c'est là, dans ce retrait des fibres de

l'organe, qu'il faut placer la cause essentielle de la cessation de l'hémorrhagie.

Le placenta fait éprouver dans le vagin une sensation de pesanteur incommode qui se propage vers le sacrum, s'accompagne de quelques tiraillements dans les aines, et détermine des mouvements d'expulsion. Les muscles des parois abdominales et le diaphragme se contractent fortement; ils refoulent vers l'utérus les viscères flottants de l'abdomen : poussée vers la partie inférieure, la matrice chasse devant elle le placenta, et des contractions alternatives des divers muscles du périnée achèvent de lui faire franchir la vulve.

Nous venons d'étudier comment la nature, se suffisant à elle-même, procède dans la délivrance; mais, ainsi que nous l'avons exprimé au commencement de cet article, l'art vient ordinairement à son aide, même dans les cas les plus simples. Or, il nous reste à exposer quelle doit être, dans ces conditions de délivrance dite naturelle, la part prise par le médecin accoucheur. Mais auparavant il ne nous semble pas hors de propos d'exposer quelques dissidences qu'offrent les annales de la science sous le point de vue suivant : dans les cas ordinaires, doit-on ou non aider à la délivrance? Nous trouvons ici des opinions diverses qu'il nous est facile de grouper sous trois chefs principaux : les uns ont voulu tout attendre des seuls efforts de l'organisme, et ne coopérer

à la sortie des secondines que dans les cas où la nature était impuissante. Plus tard, Mauriceau, Delamotte, et un grand nombre d'hommes remarquables voulurent procéder aussi rapidement que possible à la sortie artificielle du délivre : cette opinion, qui a trouvé de nos jours quelques partisans, expose à des inconvénients réels. Aussi les idées de Ruysch, Levret, Smellie, Baudelocque, etc., qui veulent que, dans les conditions ordinaires, on attende le décollement complet du délivre et sa chute sur le col utérin, pour qu'il soit permis d'aider à son expulsion, sont-elles restées dans la saine pratique de notre époque. En aidant légèrement à la délivrance, lorsque les adhérences placentaires ont été complètement détruites, on ne craint aucun accident, et on épargne à la femme des douleurs inutiles, des longueurs sans but avantageux. Hippocrate se rapprochait un peu de cette méthode, qui est d'aider la nature, quand il voyait que l'expulsion du délivre se faisait longtemps attendre; il voulait qu'alors on fît asseoir la femme sur un siége élevé, et que, plaçant le fœtus, dont le cordon n'avait pas été coupé, sur un corps susceptible de s'affaisser lentement, on exécutât ainsi des tractions légères et graduelles sur l'arrière-faix; cependant il y a là des traces de la délivrance forcée qu'employèrent, plus tard, Celse et plusieurs médecins de l'antiquité.

On reconnaît que l'on peut aider sans danger à

la délivrance, aux signes qui annoncent que le décollement du placenta s'est effectué ; or, voici quels sont ces signes : la matrice forme une tumeur dure que l'on sent à travers la paroi hypogastrique ; elle est diminuée de volume ; la femme éprouve quelques douleurs dans les lombes et dans la région sacrée ; le doigt, porté vers le col, sent le gâteau placentaire reposant sur son orifice.

L'arrière-faix doit suivre dans sa sortie deux directions différentes : il parcourt d'abord l'axe du détroit supérieur, et ensuite celui du vagin ; enfin, il se présente à l'orifice extérieur de la vulve ; de là, trois temps dans les manœuvres opératoires que l'on doit pratiquer.

Dans le premier temps, le placenta suit une ligne oblique de haut en bas et d'avant en arrière, qui partirait depuis un peu au-dessous de l'ombilic pour se rendre au coccyx ; si donc l'on tirait sur le cordon dans la direction du diamètre de la vulve, on lui ferait décrire une courbe à concavité antérieure, et on ferait porter le délivre sur la partie antérieure du col de l'utérus. Aussi doit-on se comporter d'une autre manière : le cordon ombilical est fortement saisi de la main droite ; on le fait passer pour mieux le maintenir entre le médius et l'annulaire, puis dans la paume de la main, et enfin entre l'indicateur et le pouce ; d'autres le saisissent à pleine main ; dans tous les cas, il est convenable de l'envelopper

d'un linge sec, pour éviter son glissement. L'indicateur et le médius de la main gauche étendus sont portés dans le vagin jusqu'au col de l'utérus, la face dorsale de la main étant tournée en avant vers la symphyse des pubis : ces doigts doivent presser sur la portion la plus élevée du cordon et le refouler vers la partie postérieure. De cette manière se forme une poulie de renvoi qui modifie le sens de la traction opérée de la main droite, et l'élévation du poignet de la main gauche fait parcourir au placenta l'axe du détroit supérieur. Il faut surtout pousser en arrière si l'utérus est dirigé fortement en avant, obliquer à droite ou à gauche selon les inclinaisons latérales. M. Velpeau préfère se servir de trois doigts, le médius, l'indicateur et l'annulaire ; le médius formant le fond de la poulie de renvoi lui paraît s'opposer plus facilement à l'échappement du cordon qui peut glisser , dit-il, si l'on n'emploie que le médius et l'indicateur, et s'engager dans leur intervalle.

Au second temps, la main gauche reste placée en arrière de la symphyse des pubis ; elle empêche que le placenta ne s'arrête contre l'angle rentrant que forme cette symphyse, et lui présente un plan incliné qui favorise sa descente ; l'autre main exerce des tractions dans l'axe de l'orifice extérieur du vagin, et se relève peu à peu, à mesure que le délivre s'approche de la vulve.

Quand ce dernier est tombé dans la cavité vaginale, les femmes sont en général portées à exécuter des efforts d'expulsion ; des pratiques vulgaires, que Guy-de-Chauliac et d'autres accoucheurs ont professées, apprennent que l'on peut favoriser ces efforts par des moyens bizarres ou même superstitieux, tels que les sternutatoires, l'action de se moucher, de tousser, de souffler dans une bouteille ou dans la main, sur un grain de sel. Eh bien ! ces efforts sont inutiles et peuvent même devenir dangereux ; il faut les modérer, loin de les prescrire.

Le placenta se présentant à l'orifice de la vulve, la main gauche, placée en supination au niveau du périnée, doit l'attendre et le soutenir pendant qu'on le saisit de la main droite. Alors on le retourne plusieurs fois sur lui-même, de manière à enrouler les membranes et à en former une sorte de corde : c'est là le moyen de les extraire entières, et d'empêcher leur déchirement sur les bords du placenta. Si l'on éprouve quelques difficultés par la rétention des membranes en quelque point, il faut temporiser et ne pas s'exposer à les rompre.

On recommande ensuite d'examiner le placenta pour reconnaître si aucune de ses portions n'est restée dans la matrice ; cette précaution est inutile lorsque la délivrance s'est accomplie d'une manière naturelle. Si la délivrance a été pénible, on doit le faire avec soin ; mais les indications qui se présentent alors

ne sont plus de notre sujet, et rentrent dans le cadre de la délivrance artificielle dont nous n'avons pas à nous occuper.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

Déterminer si toutes les membranes dites muqueuses sécrètent un mucus composé de globules analogues.

Les mucus, que Raspail regarde comme un résultat de la désorganisation des membranes muqueuses, et non point comme une véritable sécrétion, présentent des variétés chimiques, parce qu'ils contiennent des sels différents, selon les lieux où on les observe. Ainsi, tandis que les mucus nasal et bronchique se coagulent par l'acide nitrique, le mucus de la vésicule du fiel par tous les acides et l'alcool, il arrive que celui de la vessie urinaire ne coagule nullement par l'action de ces réactifs, mais par celle du tannin. Le mucus est alcalin dans toutes les parties du corps, excepté dans l'estomac, où son imprégnation de suc gastrique lui donne un caractère d'acidité : c'est, du moins, ce que M. Donné a reconnu à l'état normal. Ces différences doivent-elles en entraîner dans la forme des globules? et, d'ailleurs, pourrait-on avoir le mucus à l'état de pureté complète, l'isoler entièrement de la transsudation séreuse qui se fait à la surface de toutes les membranes muqueuses, comme dans tous les autres organes? Ce sont des questions qu'il nous est impossible de résoudre.

SCIENCES ACCESSOIRES.

Exposer les circonstances et la théorie d'un courant électrique produit par les actions chimiques.

Si l'on fixe un corps quelconque, un métal, par exemple, à l'extrémité des fils d'un multiplicateur, et qu'on fasse agir sur ce métal une substance qui ait avec lui de l'affinité, et qui donne lieu à une combinaison, on voit l'aiguille du multiplicateur osciller tantôt d'un côté, tantôt de l'autre, et donner des marques évidentes d'un dégagement d'électricité. Mais il ne s'établit pas, d'après Pouillet, de courant continu et toujours agissant dans la même direction. C'est en vain qu'il a chauffé inégalement les deux fils du multiplicateur; c'est en vain qu'il leur a donné un volume et une surface inégales; il n'a réussi à déterminer un courant continu que par l'agitation dans le même sens du liquide à combiner dans lequel plonge la substance.

Il se développe de l'électricité pendant les combinaisons et les décombinaisons chimiques : les gaz ne font point exception à cette règle; mais il faut user du condensateur pour la constater dans ce cas.

Lorsque l'oxigène se combine, il développe de l'électricité positive; tandis que la combinaison du corps combustible donne lieu à la formation d'un courant négatif.

Lorsque la décombinaison s'opère, le contraire a lieu; l'oxigène dégage de l'électricité négative, et le corps combustible de l'électricité positive.

M. Pouillet a surtout étudié le développement d'électricité dans la combinaison et la décombinaison des gaz, pour en conclure à une théorie sur la formation de l'électricité atmosphérique. Il pense qu'une surface de cent pieds carrés en végétation donne lieu, par le fait de la combinaison du carbone avec l'oxigène, à un dégagement d'électricité susceptible de charger la plus forte batterie électrique que nous connaissions.

Le même fait résulte de la combinaison des gaz qui s'exhalent incessamment à la surface des eaux.

FIN.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. N° 17.

16.

Thèse

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE,

présentée et publiquement soutenue le 15 février 1840

PAR

S.-F. DURIEUX,

de MONTAGRIER (Dordogne),

Ex-Chirurgien externe à l'Hôtel-Dieu Saint-André de Bordeaux, ex-Chirurgien adjoint à l'Hospice des Vénériens de la même ville, Membre correspondant de la société de Médecine et de Chirurgie pratiques de Montpellier.

QUESTIONS TIRÉES AU SORT.

I. *De la marche et de la durée de la maladie sous le point de vue du pronostic.*

II. *Quelles règles doit-on observer dans l'enlèvement d'un sein cancéreux ? — Quel mode de pansement doit-on appliquer à la plaie qui résulte de l'enlèvement d'un sein cancéreux ?*

III. *Des altérations principales du lait, que l'on peut constater à l'aide du microscope et des réactifs.*

IV. *Exposer les lois des attractions et répulsions électriques.*

Ars medica tota est in observationibus.

BAGLIVI.

MONTPELLIER,

Chez JEAN MARTEL AÎNÉ, imprimeur de la Faculté de Médecine,

rue de la Préfecture, 10.

M. DCCC. XL.